



Un internista  
y un epidemiólogo  
ante la pandemia

# La **Sanidad** en **llamas**

**Dr. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**

**Dr. JULIO MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**

 Planeta

Dr. MIGUEL Á. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ  
Dr. JULIO MARTÍNEZ-GONZÁLEZ

## LA SANIDAD EN LLAMAS

*Un internista y un epidemiólogo ante la pandemia*

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Miguel Ángel Martínez-González y Julio Martínez-González, 2021

© Editorial Planeta, S. A., 2021

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

[www.editorial.planeta.es](http://www.editorial.planeta.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Gráficos e ilustraciones del interior: © J. Mauricio Restrepo

Primera edición: junio de 2021

Depósito legal: B. 7.048-2021

ISBN: 978-84-08-24313-7

Preimpresión: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Impresión: Rodesa

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**

# Índice

<i>Prólogo</i> , de Enrique Gómez-Gracia	11
<i>Introducción</i> . Nueve meses, como una gestación	17
<b>1. LA FÁBULA DE ESOPHO: EL PASTOR Y EL LOBO</b>	21
Ni profetas ni hijos de profetas. Profetizar no es fácil	28
Cuando un bosque se quema..., ¿contención o mitigación?	30
Taiwán: ¿se ninguneó el mejor modelo de efectividad?	33
<b>2. LOS TRES CERDITOS Y EL LOBO</b>	37
¿Nos pilló en paños menores? ¿Estábamos preparados?	40
Justicia social y salud pública	42
<b>3. NO HAY PEOR CIEGO QUE EL QUE NO QUIERE VER</b>	45
Los epidemiólogos no debemos jugar a ser políticos	50
La tolerancia, en las antípodas del pensamiento único	52

	La carta de marzo en <i>The Lancet</i>	54
	Primero gasolina y después ventilador	56
<b>4.</b>	<b>EL ENEMIGO A LAS PUERTAS</b>	61
	Tan inocentes como en Chernóbil	66
	Sucesos y acontecimientos supertransmisores	67
	Todos los dedos apuntan a la misma cara	68
	¿Cómo llegamos a este desastre?	70
	La carta del <i>Lancet</i> de agosto	71
	Una arriesgada comparación con otros países	72
	Hay vida inteligente más allá de Madrid y Barcelona	80
	Al final los epidemiólogos contamos los muertos	83
	El ocio nocturno y la segunda oleada	85
	Por qué contar muertes y no contagios	86
	Las muertes reales superan en mucho las oficiales	92
	Cada muerte incluye una tragedia	94
<b>5.</b>	<b>EL MAESTRO LIENDRE QUE DE TODO SABE Y DE NADA ENTIENDE</b>	97
	Un virus con gran capacidad procreativa	104
	España en la lista negra	106
	Desencuentros con científicos y tormenta tras el baile	112
	¿Dimitir tras los trompazos?	114
<b>6.</b>	<b>LA ABUELITA Y EL LOBO</b>	119
	Limpieza exhaustiva, pero no obsesiva	122
	¿Confinar o no confinar? Barrington frente a Snow	127
<b>7.</b>	<b>VIERNES 13</b>	139
	¡A las alcantarillas!	145
	Los sepulcros blanqueados	147

Distanciamiento físico no es aislamiento social	150
¿Más martillazos para aplanar la curva?	152
Las vergüenzas de la gestión española al descubierto	154
<b>8. DAVID Y GOLIAT</b>	157
Héroes y víctimas a la vez. Los sanitarios	164
Nadie ha muerto por llevar la mascarilla	167
Empresas fantasma para traer material chino	168
Faltaban médicos y se retrasó la incorporación de los MIR	171
<b>9. EL REY ESTÁ DESNUDO</b>	175
La alimentación es clave y nadie lo dice	181
Vitamina D, sí, pero no actúa sola	184
La obesidad supone un grave riesgo si te infectas	189
<b>10. LA ESTRELLA DE JULIÁN Y LAS ESTRELLAS MEDIÁTICAS</b>	193
Cardiópatas, diabéticos e hipertensos bajo la tormenta	197
<b>11. AUSCHWITZ-BIRKENAU</b>	201
Colapso de hospitales y UCI	207
La incertidumbre del verano: ¿volvería el bicho?	212
¿Vendrán otros bichos?	216
<b>12. MATAR AL MENSAJERO: LA FÁBULA DE LA RANA Y EL ESCORPIÓN</b>	219
La proeza científica de las vacunas: indispensables, pero no son todo	222
Ensayos de fase 3: protocolos y fechas	225
Eficacia y seguridad a largo plazo	226
Campañas de vacunación: intereses y descuidos de lo básico	229

<b>13. PREDICIENDO EL FUTURO. EL MAGO DE OZ</b>	231
El funambulista	235
Mentiras infecciosas, patinazos, bulos y libertad de expresión	237
Todos inocentes, mientras no se demuestre lo contrario	245
Desmintiendo a la pseudociencia	249
Las realidades preventivas	252
<b>14. ÉL TIENE TODO EL MUNDO EN SUS MANOS</b>	253
Lo que nunca volverá a ser igual	258
<i>Agradecimientos</i>	265
<i>Notas</i>	267

# 1

## La fábula de Esopo: el pastor y el lobo

¿Tu verdad? No, la Verdad;  
y ven conmigo a buscarla.

La tuya, guárdatela.

ANTONIO MACHADO

Es de sobra conocido el cuento, atribuido a Esopo, del joven pastor que, para divertirse, tuvo la idea de empezar a gritar «¡Socorro, el lobo! ¡Que viene el lobo!».

Lo repitió varias veces y siempre fue una falsa alarma.

Cuando vino el lobo de verdad, nadie le hizo caso y la fiera devoró las ovejas.

El 29 de enero de 2020 había aterrizado en Málaga el equipo de fútbol de una ciudad china. No era otra que Wuhan. En pleno terremoto, con epicentro precisamente en esa ciudad china, no se había tomado en España ninguna medida de precaución. Se afirmó desde instancias gubernamentales que los jugadores de fútbol chinos estaban exentos de síntomas. Se les permitió entrar, sin más, a pesar de que toda la epidemiología de infecciones virales está llena de procesos y enfermedades donde queda más que demostrado que hay infectados asintomáticos que contagian la infección. Para más inri, precisamente ese mismo día de enero Iberia y British Airways comunicaban que suspendían todos sus vuelos con China. Nada de esto llevó a realizar un examen a los jugadores de Wuhan ni a limitar su libre tránsito.



Nuestras alarmas seguían instaladas en la indolencia. Sin estudios epidemiológicos sobre el tema, sin prospección, sin controles y sin proactividad, se adoptaban aires de falsa seguridad.

El 23 de febrero, desde el centro de alertas sanitarias se hizo la siguiente declaración: «El virus en España no está. No se ha detectado ningún otro caso y ahora mismo no tenemos ningún caso en investigación, pero sí que es cierto que nuestro intercambio con Italia sí es más alto que nuestro intercambio, por ejemplo, con Irán».

Italia estaba ya muy afectada, el 24 de febrero se habían cerrado todos los colegios y universidades en Lombardía, Véneto y Piamonte. Las manifestaciones, eventos deportivos o culturales, los cines y teatros quedaron prohibidos.

Pero los vuelos procedentes de Italia no dejaron de llegar a nuestro país. A los turistas que desde Italia llegaban a España no se les aplicaba ninguna medida de control. Como es sabido, Madrid, Barcelona y Málaga son los tres aeropuertos donde más turistas llegan a la península.

La escena siguiente ocurre precisamente en Málaga al cabo de un mes, cuando ya no solo China estaba afectada gravemente, sino también Italia. Estamos en la última semana de febrero de 2020. En Andalucía es la Semana Blanca: niños de vacaciones, excursiones organizadas por los centros docentes o por las familias, intensa y concurrida convivencia, amplia movilidad interna y externa...

Son las tres de la tarde. Luis llega apresuradamente al hospital; ha estado durante toda la mañana pasando consulta y apenas ha tenido 15 minutos para tomar una tapa de ensaladilla rusa y una cerveza sin alcohol.

Luis es médico especialista en Medicina Interna, con una larga trayectoria profesional. Es una persona crítica, incisiva, en ocasiones mordaz. Humor inglés, que siempre busca el detalle curioso, la incoherencia o el fallo tonto para sacar una sonrisa.

Defensor a ultranza de la sanidad pública y del sistema MIR, muy implicado en la formación de médicos residentes, sobre todo en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Realizó tanto la tesis de licenciatura como la tesis doctoral en el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Málaga.

Durante los primeros años de su vida médica trabajó en atención primaria tras elegir por vía MIR la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, posteriormente volvió al examen MIR y realizó la especialidad de Medicina Interna.

Se postula cien por cien a favor de la Medicina Interna clásica, de la visión integral del paciente y de la atención directa. Es delegado sindical de UGT y lucha activamente por la sanidad pública.

Luis llama al busca para localizar al otro internista de guardia y a los dos residentes, para hacer el pase de guardia y organizar el trabajo.

Rápidamente comparten la última información. Al parecer hay tres pacientes con sospecha de infección por coronavirus ingresados en la planta. Cada uno está en una cámara de aislamiento —el hospital solo cuenta con cuatro de estas—. Se ha solicitado a los tres pacientes una prueba PCR para coronavirus.

Por razones que nadie entiende, las muestras de PCR para el coronavirus deben ser enviadas a otra ciudad, Granada, más pequeña y a más de cien kilómetros.

La sensación de los facultativos es de perplejidad, ya que Málaga, con su aeropuerto, sus conexiones viales y su puerto marítimo es un punto principal de entrada de personas.

Sin embargo, en Andalucía se han montado los aparatos de PCR para coronavirus en Sevilla, ¿cómo no?!, en Córdoba y en Granada. Esto supone que todas las muestras que se extraen en Málaga deben ser remitidas a Granada y que la recepción del re-

sultado va a ser empresa a todas luces excesivamente lenta. Esto resulta extraño y paradójico.

Durante toda la tarde hay multitud de llamadas al busca de Medicina Interna, debido a que surgen numerosas dudas en el personal acerca de cómo actuar ante las sospechas de casos de enfermedad por el nuevo y desconocido virus.

En muchas ocasiones las llamadas están justificadas por la ansiedad del personal. Parece lógico, ante la ausencia de notificaciones o de directrices claras de actuación. Es normal en estos días, puesto que el conocimiento que se tiene sobre esta nueva patología es bastante escaso. Para mayor desconcierto, causa escándalo entre el personal de enfermería, auxiliares, celadores y limpieza la recomendación de los mandos intermedios que aconsejan que se *evite* el uso de la mascarilla, pues puede alarmar a la población y, por tanto, recomiendan no llevarla de forma rutinaria, sino única y exclusivamente cuando se vaya a entrar dentro de las habitaciones de aislamiento.

Mariví es una enfermera de la planta muy diligente, activa e imaginativa. Llama preguntando si, una vez que utiliza el material de protección para entrar a ver a un paciente de una cámara de aislamiento, ha de quitárselo y ponerse uno nuevo para entrar a la siguiente cámara de aislamiento. Lo hace porque en ese caso se multiplicarían enormemente las necesidades de dicho material. Se le explica: «No se puede entrar en una habitación donde hay un paciente con “diagnóstico de sospecha” con la misma vestimenta con la que se ha entrado previamente en una habitación de un paciente con enfermedad activa (“diagnóstico de confirmación”, PCR positiva)».

Mariví es lista, y toma la iniciativa de pegar en la pared fotocopias de las instrucciones de colocación y retirada de los equipos de protección individual (EPI).

¡No es una tontería!, son una serie de pasos con un orden estricto para no contaminar al sanitario ni al paciente, de modo

que las instrucciones son: pijama sanitario a ser posible de un solo uso, patucos de protección del calzado, guantes, gorro, bata impermeable, protección de cuello, bata quirúrgica, mascarilla, pantalla... ¡¡Ay, que me he puesto la pantalla y el gorro!! ¿Cómo me pongo ahora la mascarilla? Vuelta a empezar, segundo guante, etc. Pero lo más difícil: ¿En qué orden me voy quitando después las cosas para no contaminarme?

Efectivamente, no se puede hacer todo esto con un folio de instrucciones en la mano. Así que es mucho más cómodo tenerlo en la pared de la habitación y vestuario.

Mariví, en otra ocasión y ante la falta de equipos de protección, será capaz de improvisar un EPI a expensas de bolsas de basura, usando patucos como gorro y «empapaderas» de protección. Pero tiempo al tiempo. Eso lo veremos más adelante. Todo llegará.

Luis sigue con lo suyo. Toda la tarde es una locura tremenda de llamadas, preguntas, dudas..., a las que se suma la inquietud que supone para el personal médico recibir los resultados de las analíticas tarde, demasiado tarde, desde otra provincia, muchas horas después de haberse tomado la muestra.

Entre todo este alboroto debido a la covid, siguen los avisos habituales sobre pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna por otras patologías. Y también llamadas desde el Servicio de Urgencias para evaluar a pacientes cuyo manejo suscita dudas en los compañeros del servicio.

Luis baja al área de Urgencias acompañado de Fran, que es un médico residente MIR.

Está molesto y con cierto grado de enojo. Les han pedido que vean a dos pacientes. Luis evalúa con la rapidez dada por la experiencia de años de trabajo en Medicina Interna y con un número incontable de guardias a su espalda. Ve a uno de los pacientes con unas úlceras en las piernas y las examina con cuidado. Se sorprende de que le digan que ya ha sido evaluado porque ni siquiera le han levantado el vendaje.

Perico es el médico jefe de Urgencias. Su relación con Luis ha sido siempre de una sinceridad absoluta, aunque la verdad sea dura. Los unen muchas horas de guardia y situaciones críticas que crean un ambiente de compañerismo e incluso de complicidad. Ambos se estiman y se respetan.

Luis les recrimina que cómo pueden tener dudas acerca de algo que ni siquiera han examinado. ¡Hacer el trabajo que otros no quieren hacer no entra dentro de las funciones de la Medicina Interna!

Luis parece enojado. Bueno, ya le conocen. Saben que es un poco primario. Pega un portazo en la habitación y se va a ver al otro paciente. Resulta ser un joven irlandés que ha venido por malestar general. Su radiografía y analítica es absolutamente normal, no tiene fiebre ni ha tenido contactos sospechosos de coronavirus. Ante esto, Luis, en inglés médico rotundo, le dice al paciente que lo mejor que puede hacer es irse al aeropuerto, tomar un avión y volverse a Irlanda, porque es muy probable que en los próximos días se cancelen los vuelos y entonces será imposible trasladarse a su país.

Aparece de nuevo Perico, el jefe de Urgencias, recriminando a Luis su actitud tajante, ante lo cual Luis se vuelve más tajante todavía: «¡Lo primero es el paciente!».

Suerte que ambos tienen confianza para trabajar así. Deja clara la función de cada cual y se vuelve rápidamente a la planta de Medicina Interna para atender a sus pacientes. Mientras anda por los pasillos y sube las escaleras va pensando que cualquiera que los hubiese escuchado podría haber pensado que se iban a «dar de tortas». Luis no puede reprimir una sonrisa socarrona.

Al llegar a la planta una enfermera corre rápidamente hacia él: «¡Tenemos un resultado!, un resultado, tenemos un resultado...».

Pero no es un resultado positivo de coronavirus. Uno de los tres pacientes con sospecha de coronavirus que estaba ingre-

sado en las cámaras de aislamiento ha salido positivo en gripe A. Esto no descarta una coinfección coronavirus/gripe, pero lo más probable es que toda la sintomatología sea debida a la gripe A. Y se debe seguir tratando como hasta ahora, a la espera de recibir el test de PCR para coronavirus desde Granada. Al paciente ya se le ha buscado una habitación fuera del área de aislamiento.

Siguen las llamadas sobre problemas habituales de los pacientes ingresados: paciente que ahora tiene la tensión arterial elevada o que la tiene baja, paciente que tiene tos, otro que tiene náuseas o ha vomitado, paciente que presenta fiebre súbitamente, un cuarto que presenta desorientación... Todos estos problemas se van resolviendo poco a poco por el equipo de guardia.

¡Nueva llamada de laboratorio! Informan que en otro de los pacientes con sospecha se han detectado bacilos de tuberculosis en el esputo, por lo que se puede trasladar a una zona fuera de aislamiento por covid.

Entre idas y venidas se pasa el tiempo y se alcanzan las 22:00 horas.

Preocupación. Aún no ha llegado el resultado de los test que se han enviado a Granada. El equipo de guardia llega a la sala de trabajo de enfermería y ve los últimos momentos del telediario de las nueve de la noche, donde se informa que los dos sospechosos de coronavirus en el Hospital de Málaga han salido negativos.

Extrañeza, quizás indignación.

«¡Qué falta de procedimiento!, ¡qué falta de discreción!, ¡qué falta de profesionalidad!»

Los han puenteados: ¡se ha enterado el público a través de la televisión de los resultados de los test antes que el mismo paciente y antes que el equipo médico que lo trata!

Siguen pasando las horas entre más idas y venidas.

Se recibe un aviso desde Urgencias de que hay tres pacientes con sospecha de coronavirus. Les dicen a los de Interna que

se han cursado los test ya desde Urgencias, pero que no estarán los resultados al menos en 24 horas. Impotencia. Así va transcurriendo la guardia hasta que termina a las ocho de la mañana.

Desde el año 2000 esta es la séptima alerta por sospecha de una epidemia universal. Antes hemos tenido el SARS, el MERS, la gripe A, el ébola, etcétera.

Pero para los gestores sanitarios nunca pasa nada.

El pequeño pastor avisaba falsamente todas las mañanas de que venía el lobo y ya nadie lo creía, y al final el lobo acabó vieniendo.

## **Ni profetas ni hijos de profetas. Profetizar no es fácil**

Profetizar no es fácil. Ningún epidemiólogo puede creerse un oráculo infalible. Nos equivocamos. No se puede juzgar a nadie *a posteriori* por los errores cometidos. Todos nos hubiésemos visto desbordados en situaciones similares y hubiéramos cometido errores. A nadie le gustaría tener que lidiar personalmente con una emergencia de esta envergadura. La incertidumbre inicial es total.

Al indagar la evolución de futuras epidemias, como la covid-19, siempre se pisan arenas movedizas. Hay que trabajar con datos de una calidad solo mediocre. Están incompletos. Además, cambian día a día. Siempre se está bailando al borde de un volcán.

Cuando empezó la epidemia, se hicieron muchas modelizaciones tratando de pronosticar cuál sería su comportamiento futuro. De entre los futuribles, los más conocidos fueron las predicciones de Tomás Pueyo (un ingeniero español que trabaja en Silicon Valley) en su informe de marzo titulado «Coronavirus: por qué debemos actuar ya»,<sup>1</sup> las del Imperial College de Londres<sup>2</sup> y los informes de varias universidades y centros de

control de enfermedades de Estados Unidos. En España efectuaron modelizaciones diversas universidades, como las de Zaragoza, Valencia, Rovira i Virgili, entre otras.

Sobre todo, uno de los informes de Tomás Pueyo, el del 10 de marzo,<sup>3</sup> tuvo gran influencia. Fue consultado por muchos millones de personas (más de 40 millones de lecturas en el primer mes) y traducido a decenas de idiomas. Fue una buena base para empujar a los gobiernos a emprender acciones vigorosas con celeridad.

El principio básico para controlar un incendio es apagarlo en sus inicios. Si se falla en esto y se llega tarde, después todo lo demás será bastante inútil. A la prevención o se llega pronto o se llega mal. Esto estaba dicho hasta en el título de un artículo sobre la medicina preventiva publicado 15 años antes.<sup>4</sup>

Hay que ser veloces para llegar a tiempo y apagar los incendios antes de que tomen más cuerpo. Pero la velocidad ha sido variable de unos sitios a otros y, casi siempre, las motivaciones de índole política (entiéndase aquí «política» con letra pequeña) han pesado más que los intereses de la salud pública. Y la sanidad ha acabado en llamas. En muchos países (no en todos, desde luego), cualquier persona inteligente sacaba la impresión de que primaba el interés de aprovechar la desgracia para hacer *marketing* publicitario de los bandos políticos y de camino poder avanzar sus agendas sociales. Lamentablemente.

Con posterioridad, un amplio conjunto de sociedades científicas españolas publicaría una llamada de atención a los gobernantes bajo el altisonante título: «En salud, ustedes mandan pero no saben».

Era un mensaje de 55 sociedades científicas a la clase política por la gestión de la covid-19.<sup>5</sup> Llamaba poderosamente la atención que estuviera firmada por la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPSPH), especialidad legalmente reconocida en España, pero que no se firmase



por la Sociedad Española de Epidemiología. La epidemiología, como tal, no existe dentro de las especialidades reconocidas en España ni cuenta con plazas MIR, ni tiene ese reconocimiento oficial. La especialidad oficialmente se denomina «Medicina Preventiva y Salud Pública» y se puede acceder a ella por vía MIR, al igual que a las demás especialidades médicas (Cardiología, Cirugía General, Dermatología, etc.).

### **Cuando un bosque se quema..., ¿contención o mitigación?**

Lo mejor, como siempre, hubiese sido la prevención y más rapidez en desplegar en toda su amplitud las medidas de control epidemiológico, tal como se deducía de los modelos predictivos. Es fácil decirlo ahora, cuando se ha visto cómo ha evolucionado.

No era fácil predecirlo cuando estaba empezando y, de hecho, si se buscan en la hemeroteca las opiniones de epidemiólogos españoles que hablaron en enero-febrero, incluyendo las de quien escribe estas líneas, se verá que prácticamente todos infraestimamos la magnitud de la amenaza. Hay que reconocerlo con humildad.

Desde que ocurrió la historia de las vacas locas en Gran Bretaña (encefalopatía espongiforme bovina), el grito de Pedro diciendo que «viene el lobo» había sido repetido en falso muchas veces. Tantas que ahora no le creíamos.

Pero también hay que reconocer que ya a final de febrero y principio de marzo hubo quien entonces lo planteó con clarividencia. Había dos opciones: contención o mitigación.

Una política de contención consiste en asegurar que todos los casos sean identificados, controlados y aislados cuanto antes, y que se identifique también a sus contactos próximos y se los aisle (cuarentena). Es lo que inicialmente hicieron en Singapur, Hong Kong, Japón y, sobre todo, se cumplió magníficamente

en Taiwán.<sup>6</sup> Cuando se toman todas estas medidas radicales velozmente a tiempo, el incendio se controla y el bosque no se quema. Aplicar con premura medidas radicales de contención es una estrategia que funciona extraordinariamente bien y no hace falta parar la economía ni perjudicar a la mayoría de la población para aplicarla, porque son eficaces enseguida.

En cambio, la mitigación es lo único que se puede hacer cuando las medidas de contención no se aplicaron a tiempo o ya se han visto desbordadas porque se llegó tarde. La mitigación es un grave castigo a la economía y a la libertad. Aplicarla exige reducir exageradamente el número de contactos físicos entre todos los ciudadanos.

La mitigación aplica drásticas medidas de distanciamiento físico. Se debe imponer férreamente y bajo penas de multa el cierre de centros escolares y universidades, negocios, lugares cerrados de ocio nocturno, bares, tiendas y transporte público. Sufre la economía. Se puede imponer el toque de queda. Se multa a todo el que salga a la calle sin motivo debidamente justificado. Cuanto peor sea el incendio, más draconianas deberán ser las barreras físicas y el distanciamiento del fuego. Lógico. Cuanto antes se establezcan y sancionen esas normas rigurosas y excesivamente desagradables e invasivas, antes se podrán retirar y menos gente se infectará. Son una molestia y tienen consecuencias adversas para la salud mental.<sup>7</sup> Pero tardar en establecerlas es lo peor, porque será lo que más perjudicará al ciudadano de a pie. Al cien por cien de los ciudadanos.

En España inicialmente (febrero-marzo de 2020) tendría que haberse hecho mejor una política de contención. Pero no se hizo. Y una vez sobrepasadas las medidas de contención, pasamos a la mitigación. Pero esta también llegó tarde. No es difícil de entender.

Volviendo a los modelos epidemiológicos, ¿qué nos decían? La conclusión indudable era que se debían hacer pruebas a

todas las personas con síntomas y a sus contactos. Si se hacía esto bien, sería esperable que, como mucho, solo un pequeño porcentaje de los test que se hicieran resultarían positivos. Y entonces se controlaría el futuro. Se acabaría la epidemia. Cuando se encuentra una mayoría de test positivos es que se han seleccionado fundamentalmente enfermos, pero no se han buscado los contactos sanos, que es lo que exige el buen control epidemiológico. Gran parte de los contagios proceden de gente que se ha infectado y todavía no tiene síntomas ni sabe, por tanto, que está contagiada. Esos son los contactos sanos, pero portadores. Son vectores de infección y muerte, aunque ellos se sientan bien. Si se hubiesen rastreado y aislado esos contactos, se habría prevenido la mayor parte de las infecciones y se habría acabado el problema.

Se tendría que haber identificado a tantos infectados como fuese posible, y al menos entre el 70 y el 90 % de sus contactos, para aislarlos o ponerlos en cuarentena. Si se hubiese hecho todo eso con rapidez (en un día o así desde que se detecta que alguien se infecta), podría haber resultado suficiente para controlar la epidemia.

Pero esto hubiese exigido tener preparados de antemano o ser capaces de contratar enseguida a un auténtico ejército de rastreadores, sanitarios o no, para hacer control de contactos (podrían ser, por ejemplo, los estudiantes de Medicina y Enfermería). En esto coinciden Tomás Pueyo y Miguel Hernán, catedrático de Epidemiología de Harvard, que fue fichado para la comisión científica asesora del Gobierno español. Ambos apoyan la estrategia de rastreo de contactos, test, aislamiento y cuarentena. Esta estrategia ha sido una clave históricamente acertada en salud pública cuando se han controlado epidemias infecciosas.

## **Taiwán: ¿se ninguneó el mejor modelo de efectividad?**

Es altamente instructivo comparar Taiwán con España. Este Estado insular, con 23 millones de habitantes, está solo a cien kilómetros de China. Ambos países mantienen una íntima y continua relación. Más de ochocientos mil taiwaneses viven en territorio chino, más de cuatrocientos mil trabajan allí y, en 2019, más de cien mil viajeros llegaban cada mes desde China a Taiwán.<sup>8</sup>

Cuando el 21 de enero se identificó el primer caso de covid-19 en Taiwán, todo el mundo temió que este país pronto vería colapsados sus servicios sanitarios por la multiplicación de casos, dada su incomparablemente íntima relación con China continental. Eso no fue precisamente lo que sucedió. De ningún modo. Ocurrió todo lo contrario de lo esperado. Según todos los indicios, Taiwán realizó el mejor trabajo del mundo para frenar la propagación del coronavirus. La búsqueda y control de contactos es uno de los secretos del éxito. La proporción de test positivos en Taiwán era siempre inferior al uno por ciento, y esto significa que se hacían muchos test a personas sin síntomas, pero que podían tener riesgo de contagiarse. El rastreo de contactos fue muy estricto. El control de viajeros también lo fue.

Y este es un ejemplo del que deberíamos aprender. La experiencia de Taiwán indica que los contactos deben guardar cuarentena, saber que pueden ser vectores, que tienen que ser muy exigentes a la hora de lavarse las manos muchas veces al día y limpiar las superficies, usar siempre mascarilla y recluirse todo lo posible. A todos ellos, idealmente, hay que hacerles pruebas y repetírselas.

La escena apropiada sería que en el momento en que se diagnostica a Pepe como infectado, se le hace una encuesta detallada y se localiza a todos sus familiares convivientes directos,

sus amistades cercanas y los colegas que hayan coincidido con él en los últimos diez días durante varias horas y sin mascarilla. A todos ellos se les debe hacer el test (PCR) para saber si están infectados. A todos hay que educarlos y cuarentenarlos. Es algo tedioso, pero eficaz. Esto se escribió antes de mayo y es lo que solo se empezó a hacer en España a partir de septiembre, pero con fortuna y eficiencia desigual en las distintas zonas del país, a pesar de que los precedentes eran muy antiguos y se debería haber desplegado todo ese personal mucho antes.

Sorprende la falta de proactividad de la Unión Europea, el Centro Europeo de Prevención de Enfermedades y la propia OMS, que deberían haber dado unos protocolos uniformes para toda Europa radicales, bien claritos y extensamente comunicados a todos los niveles. Esto debería haberse hecho desde febrero.

En España, solo en algunos sitios y sin ser sistemático, se empezó en septiembre-octubre. Y a partir de entonces se hizo solo parcialmente y de modo muy variable. No se consensuó. No se coordinó. Se usó cada aspecto de la tragedia o de su control como arma arrojada de intereses y banderías políticas. Se perdieron seis preciosos meses.

Si la OMS se hubiese fijado más en el éxito de Taiwán y lo hubiese puesto como modelo a todo el mundo, otro gallo nos cantaría. Parece que en todos los sitios se cuecen habas de prejuicios por razones políticas o ideológicas.<sup>9</sup> Lamentablemente.

¿Se ninguneó el mejor modelo de efectividad en el combate contra este virus pandémico? ¿Para blanquear las tumbas de otros sitios?

Resulta muy aleccionador, como contraste, traer a colación ahora la siguiente frase, llena de sabiduría, pero que ya es anciana, porque se refiere al brote de otro coronavirus que ocurrió hace 17 años:

El SARS ha sido contenido, al menos temporalmente, no mediante la revolución genómica ni con avanzados productos farmacéuticos, sino con el uso de anticuadas medidas de salud pública como el lavado de manos, los procedimientos de control de las infecciones, el aislamiento de los casos, y el seguimiento y la cuarentena de los contactos.<sup>10</sup>

No, los epidemiólogos no son profetas ni hijos de profetas. Y este pequeño virus llegado de China, el coronavirus, nos ha desconcertado y ha llevado incluso a muchísimos epidemiólogos ilustres a cometer errores groseros en sus apreciaciones, dejando al descubierto la inevitable insolencia y fragilidad de la inteligencia y capacidad humanas. Nos creíamos por encima de nuestra realidad. Nos ha derrotado un ser microscópico. No ha lugar la prepotencia ni la autosuficiencia en la que parecía que estábamos instalados. No ocurrió así en Taiwán. Para que hubiésemos aprendido.

Se debe aprender siempre de la experiencia de quienes han demostrado ser los mejores. A partir de lo sucedido en Taiwán, se pudo pronosticar con relativa seguridad, en medio de tantas incertidumbres, que cumplir con perfección, incluso excediéndose, todas estas medidas tradicionales de salud pública de toda la vida (nada glamurosas) aseguraría que se le podía haber ganado la partida a este virus. Esto valdrá también para otros similares que puedan venir. Son fundamentales tres emes:

- Mascarillas.
- Manos.
- Metros.

También resultan fundamentales la adecuada ventilación, los controles de viajeros, los aislamientos de enfermos y las cuarentenas de los contactos.

Y tenía que haberse tomado muy en serio todo esto desde el minuto cero. Taiwán lo instauró todo en enero y le funcionó a la perfección.

Pero en España falló la base. Es obvio que somos contingentes. Por eso, el punto ineludible de partida es aparcar cualquier triunfalismo o autosuficiencia y cualquier conato de interferencia política. El choque entre los fines políticos (dar la imagen de absoluta solvencia y de que todo está bajo control) y la realidad científica (admitir que se nos fue de las manos) resulta inevitable. Hace mucho que se debería haber retirado de la escena cualquier asomo o sombra de politización y aprovechamiento partidista de la tragedia.

Es poco explicable científicamente, desde la óptica de la salud pública, el ninguneo casi universal del modelo de éxito de Taiwán. Quizás el lector no conocía, o no tenía tan claro como merece, que es donde mejor se gestionó la pandemia. Para más inri, esto lo logró la salud pública de Taiwán, a pesar de tener todas las expectativas en contra, dado el continuo flujo e intercambio de personas y mercancías que existe entre China y Taiwán (como decíamos, cien mil personas cada mes viajaban allí desde el gigante asiático).

Podría haberse establecido así la estrategia taiwanesa como pauta universal. Se perdió así una oportunidad única de haber adoptado las estrategias que mejor han funcionado para la prevención. Están corroboradas por unos excelentes indicadores.<sup>11</sup>